

ÉVALUATION – DÉMARCHE QUALITÉ

Plan :

1	Définitions.....	2
1.1	La qualité	2
1.2	Méthodes	3
1.3	Démarche qualité	3
1.4	Évaluation	3
2	Objectifs, niveaux d'analyse.....	3
3	Méthodes rigoureuses et spécifiques	3
3.1	Démarche d'analyse	3
3.1.1	Bilan	3
3.1.2	Contrôle.....	3
3.1.3	Inspection	4
3.1.4	Audit	4
3.1.5	Démarche qualité	4
3.1.6	Accréditation, certification	4
3.1.7	Recherche	5
3.2	Outils de la qualité	5
3.2.1	QOQCP, hexamètre de Quintilien	5
3.2.1	Les 5M, Diagramme causes effets ou diagramme d'Ishikawa	6
3.2.2	PDCA : Plan Do Check Act.....	7
3.2.3	Enquêtes de satisfaction	8
3.2.4	Remue méninges : brain storming	8
3.2.5	Feuilles de relevés.....	8
3.2.6	Histogramme, graphiques.....	9
3.2.7	Diagramme de Pareto (règle des 80/20).....	9
3.2.8	Autres	10
4	Problèmes de (non) qualité, modèle de Reason.....	10
5	Évaluation des pratiques professionnelles	11
5.1	Définition.....	11
5.2	Historique.....	12
5.2.1	Florence Nightingale	12
5.2.2	Ernest Amory Coldman	13
5.2.3	Avedis Donabedian	13
5.3	Méthodologie proposée.....	14
5.3.1	Identifier les recommandations	14

5.3.2	Approche par comparaison.....	14
5.3.3	Approche par processus.....	15
5.3.4	Approche par problème.....	15
5.3.5	Approche par indicateur.....	17
5.4	Exemple approche par problème	18
5.4.1	Quel est le problème ?.....	18
5.4.2	Quelles sont les causes	18
5.4.3	Quelles sont les solutions ?.....	20
5.4.4	Comment appliquer les solutions ?	20
5.5	La place des infirmiers.....	20
6	Conclusion	20

Dicter les phrases en rouge

1 Définitions

L'objectif d'une démarche qualité est d'améliorer la prise en charge des patients. Il s'agit d'une discipline naissante mais il existe plusieurs méthodes et un dispositif réglementaire complet. Comment définir l'évaluation ? Est-ce par ses finalités, ses objectifs, sa nature ou encore par ses méthodes ?

1.1 La qualité

ISO : « *ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* »

OMS 1987 : « démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques

- qui lui **assurera le meilleur résultat** en termes de santé,
- **conformément à l'état actuel de la science médicale,**
- au meilleur coût pour un même résultat,
- au moindre risque iatrogène
- et pour sa plus grande satisfaction

en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

1.2 Méthodes

Ensemble plus ou moins structuré de principes qui orientent les démarches et techniques employées pour parvenir à un résultat.

1.3 Démarche qualité

On appelle «démarche qualité» l'approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans la résolution des non-qualités. Il s'agit d'une démarche participative, c'est-à-dire à laquelle doit nécessairement participer l'ensemble de l'entreprise et par conséquent nécessairement portée au plus haut niveau hiérarchique.

1.4 Évaluation

Examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une entité est capable de satisfaire aux exigences spécifiées.

2 Objectifs, niveaux d'analyse

3 objectifs :

- réaliser une synthèse des connaissances (recommandations et références)
- rechercher le meilleur résultat (évaluation interne)
- mettre en place des mesures en vue de garantir la qualité et la sécurité des résultats (évaluation externe, certification)

3 Méthodes rigoureuses et spécifiques

3.1 Démarche d'analyse

3.1.1 Bilan

Outil d'information, constat, produit par l'auteur de l'action. Éventuellement à utiliser au préalable à l'évaluation.

3.1.2 Contrôle

Opération de vérification :

- atteste la conformité d'une situation à une norme préexistante
- contrôle d'efficacité par rapport à des références de bonnes pratiques

Peut être réalisé en interne ou en externe à l'établissement concerné.
Circulaire du 28 décembre 1998 : « *L'évaluation se distingue du contrôle en ce qu'elle doit aboutir à un jugement partagé sur l'efficacité de cette politique et non à la simple vérification du respect des normes administratives ou techniques »*

3.1.3 Inspection

Se distingue de l'évaluation par les méthodes et les finalités :

- imposée
- mesure l'écart à la norme
- conduite externe
- avec un référentiel interne au système

3.1.4 Audit

Analyse produite par un expert extérieur

- sur le fonctionnement de l'organisme
- appréciation de son efficacité en termes de résultats
- à partir de la mesure des écarts par rapport à un référentiel

→ l'expert produit un jugement.

3.1.5 Démarche qualité

S'appuie sur des références.

Elle vise à améliorer le processus qualité dans les établissements de santé afin de garantir aux patients les meilleurs services assurant le meilleur résultat. Elle a un caractère incitatif et pédagogique, responsabilise les professionnels et s'appuie sur leur participation.

Ex : enquête satisfaction.

3.1.6 Accréditation, certification

La certification ou accréditation est une reconnaissance écrite, d'un tiers indépendant, de la conformité d'un service, d'un produit ou d'un système à un niveau de qualité. La certification se fait généralement par rapport à une norme.

Procédure externe visant à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (référentiels sur les procédures, bonnes pratiques cliniques, résultats) : appréciation indépendante sur la qualité ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels

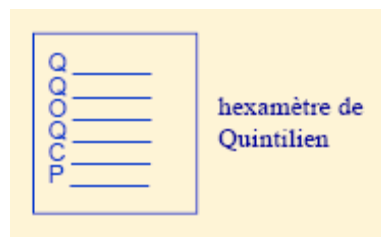
portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

3.1.7 Recherche

Pas de prise en compte a priori des finalités normatives et instrumentales. Libre choix des questions et grilles d'interprétation.

3.2 Outils de la qualité

3.2.1 QQQQCP, hexamètre de Quintilien



L'objectif est de **définir le plus clairement possible les informations sur un problème, sans oublier d'élément**. Permet de décrire une situation, cerner un problème et identifier ses aspects essentiels.

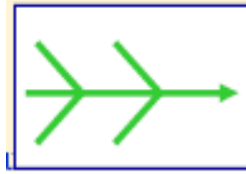
Questions à se poser :

- **Quoi ?** Que voulons nous faire ?
- **Qui ?** Qui est concerné dans la mise en œuvre de la solution préconisée, qui va faire quoi dans ce projet ?
- **Où ?** Dans quels secteurs l'action va se réaliser ?
- **Quand ?** A quel moment l'action va-t-elle être mise en application ? Sur quelle durée et quelle fréquence ?
- **Comment ?** Comment allons-nous procéder en termes d'étapes, de modalités de réalisation, de moyens associés ?

Utilisation

- répondre successivement aux questions en les appliquant au sujet étudié,
- recommencer au moins une fois pour s'assurer que les réponses sont pertinentes,
- si besoin, pour chaque question, répondre aux questions complémentaires : "combien?" et "pourquoi?"

3.2.1 Les 5M, Diagramme causes effets ou diagramme d'Ishikawa



Travail de groupe qui consiste à

- classer les causes d'un dysfonctionnement ou d'un problème en grandes familles
- les représenter de façon claire et structurée
- à visualiser le problème d'un côté et ses causes potentielles de l'autre.

Objectifs

Disposer les causes d'un effet en montrant leurs relations (causes et sous-causes) pour en développer une vision commune des participants, faire apparaître la contribution de chaque cause à la production de l'effet pour la vérifier en groupe.

Utilisation

- les causes préalablement identifiées sont classées par type,
- libeller l'effet en bout de diagramme à droite,
- attribuer une branche du diagramme à chaque type ; si besoin, utiliser les 5 M (Matière, Matériel, Méthode, Main d'oeuvre, Milieu),
- pour chaque branche, répartir les causes en causes principales et sous-causes,
- entourer les causes jugées principales.

Le diagramme se présente sous forme d'arborescences en arrêtes de poissons. Les 5M sont :

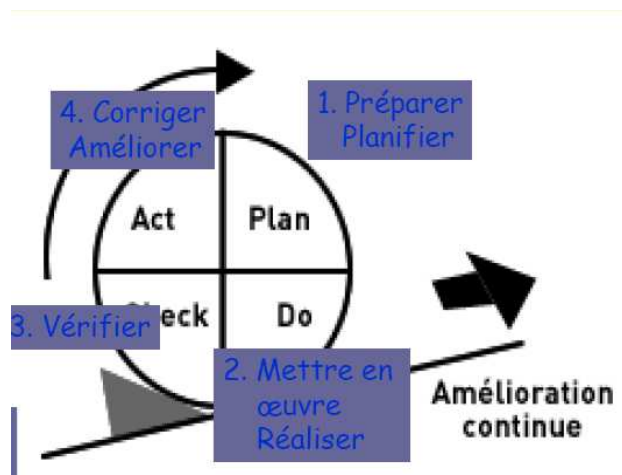
- **Main d'œuvre** : professionnels de toute catégorie (hiérarchie incluse)
- **Matériel** : équipement, machines, petit matériel, locaux
- **Matière** : tout ce qui est consommable ou l'élément qui est à transformer par le processus
- **Méthode** : correspond à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions...)

- **Milieu** : environnement physique et humain, conditions de travail, aspects relationnels...

3.2.2 PDCA : Plan Do Check Act

L'un des principes de base de la qualité est la prévention et l'amélioration permanente. Cela signifie que la qualité est un projet sans fin dont le but est de prendre en compte les dysfonctionnements le plus en amont possible. Ainsi la qualité peut être représentée par un cycle d'actions correctives et préventives, appelé «**roue de Deming**» :

Basé sur le principe de la roue de Deming (également appelé boucle de la qualité), la méthode PDCA est une méthode séquentielle de conduite et d'amélioration de projet. Elle peut être schématisée ainsi :



Ce cycle, représenté dans la roue de Deming, est nommé **modèle PDCA**, afin de désigner les quatre temps suivants :

- **Plan** (Planifier) : il s'agit de définir les objectifs à atteindre et de planifier la mise en oeuvre d'actions,
- **Do** (Mettre en place) : il s'agit de la mise en oeuvre des actions correctives,
- **Check** (Contrôler) : cette phase consiste à vérifier l'atteinte des objectifs fixés,
- **Act** (Agir) : en fonction des résultats de la phase précédente il convient de prendre des mesures préventives.

3.2.3 Enquêtes de satisfaction

Outil de communication vers l'utilisateur

- son opinion est prise en compte
- peut faire part de ses remarques, ses attentes

Outil pour l'établissement

- identifier les points forts et faibles
- mieux définir le service rendu
- sensibiliser le personnel à l'importance du client
- définir des axes de progrès

3.2.4 Remue mênings : brain storming



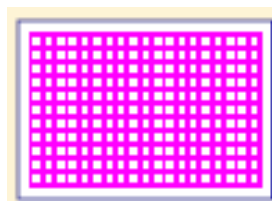
Objectifs

Produire le plus grand nombre d'idées possibles sur un thème donné, débrider la créativité sans juger les idées émises

Utilisation

- rappeler le thème et les conditions de fonctionnement : critique interdite, quantité recherchée, farfelu autorisé, démultiplication favorisée,
- faire exprimer une idée par chaque participant à tour de rôle
- noter les idées au fur et à mesure (tableau ou Post-it™)
- clarifier, sans les contester, les idées qui le nécessitent.

3.2.5 Feuilles de relevés



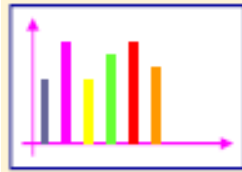
Objectifs

Recueillir les données, chiffrées ou non, présenter les données sous forme de tableau pour en faciliter l'exploitation.

Utilisation

- définir l'information qui fait l'objet du relevé,
- définir l'unité utilisée suivant le type comptage ou de mesure ou l'attribut caractéristique, et les critères de classement,
- noter les événements au fur et à mesure de leur observation,
- expliquer dans la légende la signification des signes utilisés pour les relevés.

3.2.6 Histogramme, graphiques



Objectifs

Représenter un événement pour montrer son évolution ou sa répartition suivant des classes déterminées.

Utilisation

- collecter les données (feuille de relevés),
- déduire de la feuille de relevés le nombre de classes à représenter,
- repérer sur l'échelle des abscisses les classes représentées et leur signification,
- déduire de la feuille de relevés la plus haute fréquence dans une classe donnée pour graduer l'échelle des ordonnées,
- reporter sur l'histogramme le nombre d'évènements suivant les classes retenues.

3.2.7 Diagramme de Pareto (règle des 80/20)



Objectifs

Aider à faire la distinction entre les éléments importants d'un problème et la multitude des éléments "peu importants".

Utilisation

- quantifier les éléments à comparer et les exprimer en % du total
- sur un graphique en colonnes, les ranger de gauche à droite par ordre d'importance décroissante
- regrouper, dans une même classe, les éléments de faible importance
- tracer la courbe de cumul.

3.2.8 Autres

- Diagramme multicritères
- Logigramme
- Votes simples et pondérés
- Diagramme de Gantt : Graphique en réseau permettant l'ordonnancement d'un plan d'action dans le but d'atteindre l'objectif dans le délai le plus court.

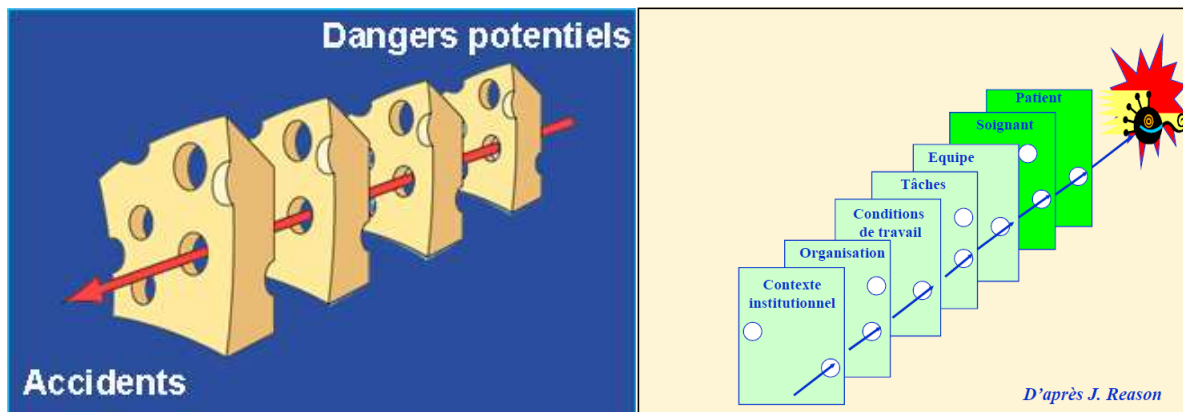
4 Problèmes de (non) qualité, modèle de Reason

Il est relativement rare qu'un accident aérien soit dû à une cause unique. La plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits et/ou de comportements qui conduisent à l'accident. Si l'on retire un élément de la chaîne, on peut au pire ne pas changer grand-chose, au mieux éviter l'accident.

Le « modèle de Reason » proposé par le Professeur James Reason de la Manchester University, Royaume-Uni, aide à comprendre pourquoi les accidents surviennent et à mettre en relief la complexité des relations de cause à effet. Ce modèle va au-delà des circonstances immédiates de l'accident et examine minutieusement les conditions préalables à l'événement. Cet outil peut être utile pour définir qui doit prendre les mesures et lesquelles, afin d'éviter les accidents à l'avenir ou d'atténuer leurs effets.

Le modèle créé par Reason est également appelé « swiss cheese model ». Les défenses, les barrières et les sécurités peuvent être comparées à des « tranches » de gruyère avec des « trous » qui symbolisent les failles dans chaque niveau de défense :

- défenses technologiques,
- sécurités liées aux acteurs eux-mêmes,
- barrières correspondant aux procédures
- contrôles administratifs ...



5 Évaluation des pratiques professionnelles

Intro : évolution des connaissances

- 80% des prescriptions concernent des médicaments non vus en formation initiale
- 50% des connaissances se périment en 7 ans
- pour un médecin interniste, il serait souhaitable de lire 19 articles par jour (durée moyenne observée : 2h/semaine)
- 90% de la littérature publiée n'atteint pas le standard minimum de qualité
- 50% des recommandations sont conformes aux standards d'élaboration et de présentation
- recommandations souvent non connues des professionnels.

Réf. : Sackett DL. *EBM* 1996 ; Haynes RB. *ACP J Club* 1993 ; Shaneyfelt et al. *JAMA* 1999

5.1 Définition

L'évaluation des pratiques professionnelles est une **démarche d'analyse** d'une **pratique professionnelle** ou d'une activité en référence à des **recommandations professionnelles**, selon un **protocole** explicite comportant la mise en œuvre et le suivi d'**actions d'amélioration**.

On va mesurer l'écart existant entre une pratique observée et une pratique préalablement définie comme optimale (recommandations). L'objectif final est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

5.2 Historique

5.2.1 Florence Nightingale

Nightingale arriva début novembre 1854 dans une caserne à Istanbul lors de la guerre de Crimée. Les infirmières trouvèrent des soldats blessés négligés par un personnel médical débordé face à l'indifférence des officiers. Les réserves de médicaments étaient limitées, l'hygiène négligée et les infections de masse courantes, la plupart d'entre elles étant fatales. Il n'y avait également aucun équipement pour préparer la nourriture des patients.

Nightingale et ses compatriotes commencèrent par nettoyer complètement l'hôpital et l'équipement, et par réorganiser les soins des patients. Cependant, pendant son séjour, le taux de mortalité ne diminua pas ; au contraire, il se mit à augmenter. Le nombre de morts dépassa celui de tous les autres hôpitaux de la région. Pendant son premier hiver, 4077 soldats y trouvèrent la mort. Dix fois plus de soldats moururent de maladies telles que le typhus, la fièvre typhoïde, le choléra et la dysenterie que de blessures de combat. Les conditions régnant à l'hôpital militaire temporaire étaient fatales aux patients à cause du surnombre, d'égouts défectueux et d'un manque de ventilation. En mars 1855, le gouvernement britannique dut envoyer une commission sanitaire, près de six mois après l'arrivée de Nightingale. Les égouts furent nettoyés et la ventilation améliorée, et le taux de mortalité diminua rapidement.

Nightingale continua de penser que le taux de mortalité était dû à la médiocrité de l'alimentation et des réserves, ainsi qu'au surmenage des soldats. Ce n'est qu'après son retour en Grande-Bretagne et avoir rassemblé des informations auprès de la Commission Royale pour la

Santé de l'Armée qu'elle se mit à penser que la mort de la plupart des soldats hospitalisés était due aux mauvaises conditions de vie. Cette expérience influença sa carrière, et par la suite elle défendit l'importance des conditions de vie sanitaires. Elle contribua ainsi à réduire le nombre de morts au sein de l'armée en temps de paix et dirigea son attention vers la conception sanitaire des hôpitaux.

5.2.2 Ernest Amory Coldman

Ernest Amory Coldman était un jeune chirurgien du Massachusetts General Hospital de Boston. En 1912 il mit en place le « end result system » : il revoit en consultation tous les opérés à distance de l'opération pour évaluer leur état de santé et définir les causes évitables des mauvais résultats. Il détecta des causes comme l'hygiène des locaux, la formation insuffisante du personnel infirmier. Il publia et proposa ensuite aux autres établissements de soins de se comparer sur ces indicateurs. Il a été en mesure de démontrer les résultats de ses propres patients et ceux de certains de ses collègues, mais inexplicablement ce système n'a pas été adopté par ses collègues.

5.2.3 Avedis Donabedian

En 1966, Avedis Donabedian, pionnier de la santé publique a décrit trois aspects distincts de la qualité des soins de santé: résultats, processus et structure (dans cet ordre). Il avait des doutes quant utilisation unique des résultats en tant que mesure de la qualité, mais a conclu que : "les résultats, en général, restent l'ultime validation de l'efficacité et la qualité des soins médicaux."

3 niveaux d'analyse de la qualité des soins :

- résultats « avons-nous de bons résultats ? » : satisfaction, état de santé.
- structure « avons-nous les moyens de bien faire ? » : ressources matérielles, humaines, financières, organisation, accessibilité
- processus « faisons nous comme il faut faire ? » : organisation, pratiques professionnelles

5.3 Méthodologie proposée

Objectifs	Approches	Méthodes utilisées
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Approche par comparaison à des recommandations	Audit clinique Audit clinique ciblé Revue de pertinence Enquête de pratique
Améliorer une prise en charge Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	Approche par processus	Analyse de processus Chemin clinique AMDEC
Traiter un dysfonctionnement Analyser et traiter des événements indésirables	Approche par problème	Méthode de résolution de problème Analyse des processus Revue de mortalité-morbidité Méthode d'analyse des causes
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	Approche par indicateur	Mise en place et analyse des indicateurs Maîtrise statistique des processus

5.3.1 Identifier les recommandations

Les recommandations sont des " propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient dans leurs décisions concernant les soins appropriés dans des circonstances cliniques données".

Ce sont donc des standards de pratique déterminant ce qu'il est approprié et/ou inapproprié de faire, lors de la mise œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et/ou thérapeutiques dans des situations cliniques données.

5.3.2 Approche par comparaison

Objectif : réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art (référentiel de Bonnes pratiques, consensus...)

Exemple : l'audit clinique

Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. C'est une méthode d'évaluation orientée vers le diagnostic et l'action.



Les 6 étapes de l'audit clinique

- Choix du thème
- Choix des critères
- Choix de la méthode de mesure
- Recueil des données
- Analyse des résultats
- Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

5.3.3 Approche par processus

Objectif : optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné. Gérer ou prévenir les risques
Non détaillé

5.3.4 Approche par problème

Objectif : traiter un problème ou un dysfonctionnement. Analyser un évènement indésirable.

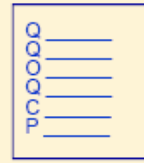
Définition d'un problème : "Situation présente insatisfaisante à transformer en situation future satisfaisante"

Méthode :

1 Quel est le problème ?

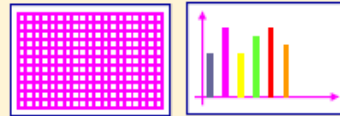
MRP : 1 - Quel est le problème ?

étape 1-1
définir la situation de départ



hexamètre de
Quintilien

étape 1-2
quantifier la situation actuelle



feuille de relevé

graphique

étape 1-3
repérer l'aspect important du problème
(situation présente insatisfaisante ☹️)



Pareto

2 Quelles sont les causes ?

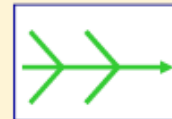
MRP : 2 - Quelles sont les causes ?

étape 2-1
trouver toutes les causes possibles



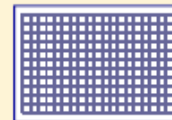
brainstorming

étape 2-2
analyser et classer les causes



causes-effet

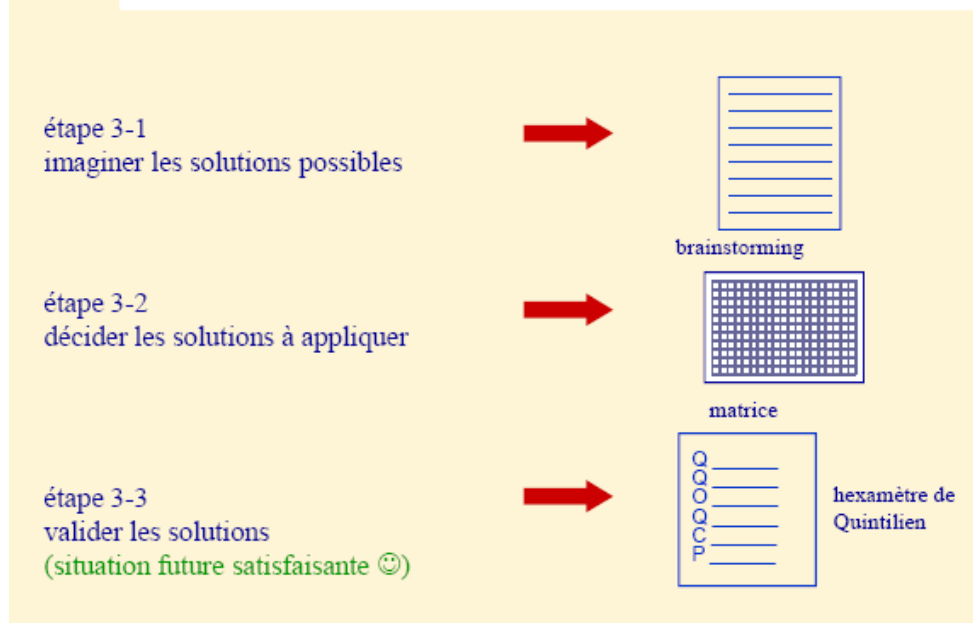
étape 2-3
sélectionner les causes principales



matrice

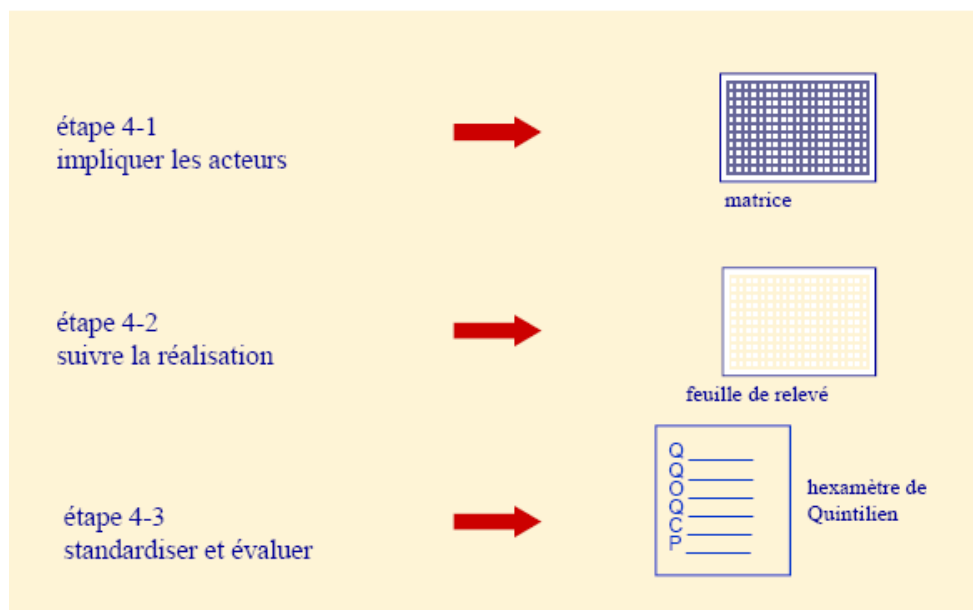
3 Quelles sont les solutions ?

MRP : 3 - Quelles sont les solutions ?



4 Comment appliquer les solutions ?

MRP : 4 - Comment appliquer les solutions ?



5.3.5 Approche par indicateur

Objectif

Identifier, quantifier et suivre un phénomène important

Non détaillé

Un instrument de mesure quantitatif ou qualitatif :

- fournit une information sur une situation donnée ou un système d'activité
- est un outil d'aide à la décision

Critères de choix :

- fiabilité : niveau de confiance, reproductibilité
- pertinence : cohérence et utilité / objectifs
- mesurable : accessibilité des données

5.4 Exemple approche par problème

5.4.1 Quel est le problème ?

Non qualité de la préparation des médicaments dans l'unité de soins
Pour bien définir le problème on aurait pu avoir recours à un QQQCP, des feuilles de relevés ou un diagramme de Pareto par exemple

5.4.2 Quelles sont les causes

Ici on choisi de développer un diagramme d'Hishikawa. On aurait pu faire un brain storming.

Main d'œuvre :

- prescripteurs :
 - nombreux
 - non respect des normes de rédactions
 - pour certains, maîtrise insuffisante du français écrit
- infirmiers
 - manque de connaissance de la législation sur la dispensation des médicaments
 - manque de connaissance des médicaments
 - baisse de vigilance lors de la préparation des médicaments habituellement prescrits

Méthode : pratiques professionnelles

- pratiques médicales :
 - **prescription médicale non lisible non compréhensible, incomplète, inadaptée**
 - **pas de visualisation complète de la prescription médicale du jour**

- **additif à la prescription médicale en cours de journée**
- absence de document unique combinant prescription, planification et enregistrement
- pratiques infirmières
 - **absence de procédure de préparation des médicaments**
 - **retranscriptions**
 - **contrôle du médicament insuffisant au moment de la préparation**
- administration de médicaments sans prescription médicale
 - respect insuffisant des règles d'hygiène
 - habitudes incorrectes de service

Matière = médicaments

- Médicaments identiques sous des noms différents
- Nombre important de médicaments
- Stockage inadapté dans certaines situations
- Certains médicaments non disponibles dans le service au moment de la prescription
- Conditions de conservation pas toujours respectées

Matériel :

- Armoires à pharmacies et réfrigérateurs dans des locaux différents
- Armoires à pharmacies inadaptées aux besoins du service

Milieu :

- Rotation des infirmières
- Bruit
- Renouvellement des internes
- Charge de travail
- Séjours courts des patients
- Interruptions fréquentes

5.4.3 Quelles sont les solutions ?

Possibilité de faire un brain storming, QQQQCP (essayer de voir en cours s'ils ont des idées pour le brain storming ?)

5.4.4 Comment appliquer les solutions ?

5.5 La place des infirmiers

Les infirmières, comme l'ensemble des professionnels de santé, sont appelées à s'engager dans des démarches qui visent à améliorer la prise en charge globale des patients. A l'instar d'autres professionnels, elles disposent de trois avantages permettant de développer des démarches d'amélioration de la pratique.

De par la formation initiale (où l'auto évaluation occupe une place significative) les infirmières sont sensibilisées à la **culture de l'évaluation**, même si, parfois, cette culture est centrée sur une approche normative. Une part significative de l'activité clinique infirmière est déjà « **protocoolée** ». Les infirmières ont, plus que d'autres professionnels, **l'habitude d'un exercice en équipe coordonné et d'une pratique analysée**.

Pour conclure, la HAS promeut des méthodes et des outils pour aider les professionnels de santé à mettre en place les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Cette EPP permet :

- De baser la pratique sur des références toujours actualisées,
- D'éviter les variations non justifiées de la pratique entre les différents intervenants tout en permettant la prise en compte des spécificités de chaque patient,
- De former quotidiennement l'équipe à la bonne pratique.

Haute autorité de santé : elle évalue le service rendu des médicaments, élabore des guides et des recommandations, évalue les pratiques professionnels, les établissements de santé et la qualité de la prise en charge sanitaire par le système de santé.

6 Conclusion